



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres que
afrontan el duelo gestacional a causa de un embarazo ectópico.**

Autor/a: Ana Gracia Lázaro

Director: Ana Isabel Martínez Cuñado

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. OBJETIVOS DEL TRABAJO	8
5. METODOLOGÍA.....	8
6. DESARROLLO	10
6.1.Diagnóstico:	11
6.2.Planificación:.....	14
6.3 Ejecución:	19
6.4 Evaluación:.....	19
7. CONCLUSIONES	20
8. BIBLIOGRAFÍA	21
9. ANEXOS	25

1. RESUMEN

Introducción: En la mayoría de embarazos el óvulo fecundado es transportado a través de las Trompas de Falopio e implantado en la cavidad uterina. En ocasiones aparecen factores que impiden o dificultan la migración normal del cigoto, implantándose y desarrollándose así fuera del útero, da lugar a un embarazo ectópico. Aproximadamente 1 de cada 50 embarazos son ectópicos. La probabilidad aumenta conforme avanza la edad de la paciente, siendo mayor en nulíparas entre 25-34 años. El curso de la patología es variable, puede permanecer asintomática o puede constituir una emergencia quirúrgica. Es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, responsable del 10-15% del total. Actualmente gracias al uso de métodos diagnósticos y terapéuticos sensibles y específicos se llevan a cabo técnicas mínimamente invasivas, permiten la conservación de las estructuras anatómicas y con ello, la función reproductora de la mujer. Se trata de una situación atípica en la que es imprescindible una asistencia psicológica de máxima calidad para superar emocionalmente el duelo gestacional que supone.

Objetivo: Diseñar un Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres con antecedente de embarazo ectópico.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de interés en los últimos 12 años en diferentes bases de datos y plataformas de búsqueda. Además, se consultaron páginas webs, libros y guías de cuidados, destacando la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Conclusiones: La implantación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres con antecedente de embarazo ectópico ayudará a proporcionar asistencia psicológica de máxima calidad. Facilitará conocimientos que potenciarán el autocuidado y la autonomía de las pacientes favoreciendo así su bienestar.

Palabras clave: "Embarazo ectópico", "Cuidados enfermeros", "Enfermería".

2. ABSTRACT

Introduction: In most pregnancies the fertilized ovum is transported through the fallopian tubes and implanted in the uterine cavity. Sometimes, it appears factors that make difficult the normal migration of the zygote, implanting and developing them outside the uterus, thus giving rise to an ectopic pregnancy. Approximately 1 out of 50 pregnancies are ectopic. The probability increases with advancing age of the patient, with a higher in nulliparous between 25-34 years. Its clinic is diverse and variable, it can remain asymptomatic or it can constitute a surgical emergency. It is the leading cause of maternal death in the first trimester, responsible for 10-15% of the total. The uses of more sensitive and specific diagnostic and therapeutic methods have allowed carrying out invasive techniques, allowing the conservation of anatomical structures and, specially, the fertility of women. The ectopic pregnancy is an atypical situation in which psychological assistance is essential in order to overcome it emotionally.

Objective: Design a Health Education Program aimed at women with a history of ectopic pregnancy.

Methodology: A bibliographic review was carried out on the topic of interest in different databases and search platforms. In addition, websites were consulted as well as books and care guides, emphasizing the taxonomy NANDA, NIC and NOC.

Conclusions: The implementation of a health education program aimed at women with a history of ectopic pregnancy will help to provide psychological assistance of the highest quality. Moreover, it will provide knowledge to increase the self-care and autonomy of patients and therefore their well-being.

Key words: "Ectopic pregnancy", "Nursing care", "Nursing".

3. INTRODUCCIÓN

La fecundación es un proceso biológico que tiene lugar durante la reproducción sexual. Esta caracterizado por la fusión del gameto femenino (óvulo) con el gameto masculino (espermatozoide). Su finalidad es la formación de una nueva célula, denominada cigoto o huevo. Sucede en las Trompas de Falopio, generalmente en el tercio distal, durante la primera semana de embarazo ^{1, 2}.

En condiciones normales tras la fecundación, gracias a los cilios y al peristaltismo de las Trompas de Falopio el cigoto es transportado a la cavidad uterina donde se implanta en el endometrio y comienza su desarrollo (gestación intrauterina) ¹⁻³.

Sin embargo, en algunas ocasiones las Trompas de Falopio están estrechadas u obstruidas, en consecuencia, el óvulo fecundado no puede abordar el útero (gestación extrauterina) y comienza su desarrollo fuera de este, dando lugar a un embarazo ectópico (EE) ^{3, 4}.

Alrededor del 98% de los casos la implantación tiene lugar en las Trompas de Falopio. El 2% restante se desarrolla en el ovario, en el cérvix o cuello uterino o en el abdomen ^{4,5}. La elasticidad de la pared tubárica es limitada, el aumento de volumen del cigoto provocará su rotura, viéndose, por tanto, comprometido el desarrollo normal del embarazo y a su vez la vida de la paciente ⁶ (*Anexo 1*).

Históricamente, el EE fue descrito en el siglo XI y considerado como una patología muy grave que conducía a un desenlace trágico en multitud de ocasiones. Gracias a la evolución de la cirugía en el siglo XIX por Lawson Tait (1883) y el despegue en el siglo XX de los métodos diagnósticos, descendió la mortalidad y se mejoró el manejo de la enfermedad ^{7, 8}.

En las últimas décadas la incidencia de EE ha aumentado hasta alcanzar el 1-2% del total ⁹. Hoy en día, aproximadamente 1 de cada 50 embarazos son ectópicos ¹⁰. Este incremento es debido fundamentalmente a tres condicionantes: la aplicación de técnicas de reproducción asistida

(TRA), el desarrollo de factores de riesgo y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos ⁸⁻¹⁰.

Toda mujer sexualmente activa en edad fértil tiene riesgo de padecer un EE ¹⁰. La probabilidad aumenta conforme avanza la edad de la paciente, siendo mayor en nulíparas entre los 25-34 años ^{11, 12}.

La Tasa de mortalidad se ha visto disminuida en las últimas décadas a causa del diagnóstico precoz de la patología y por la instauración temprana de tratamiento médico-quirúrgico ⁵. No obstante, se trata de la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, responsable del 10-15% del total ¹³.

La naturaleza de esta patología viene determinada por aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del cigoto hacia la cavidad uterina. Las situaciones que predisponen el desarrollo de un EE tienen en común la interferencia en la motilidad de las Trompas de Falopio y la producción de una lesión en el epitelio tubárico ^{9,12}.

Alteraciones patológicas tubáricas como la enfermedad inflamatoria pélvica o la endometriosis, así como antecedentes de intervención quirúrgica tubárica o EE anterior, constituyen los factores de riesgo más sólidos de EE ¹⁴⁻¹⁶ (*Anexo 2-3*).

La clínica se fundamenta principalmente por el grado de invasión, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación ⁹. El curso natural de la patología es diverso e impredecible, puede permanecer asintomática (EE no accidentado) o puede progresar hasta dar lugar a un cuadro de shock hipovolémico, constituyendo así una emergencia quirúrgica (EE accidentado) ¹⁵. Sus presentaciones clínicas más comunes que conforman la triada clásica son; dolor abdominal en fosa iliaca, sangrado vaginal irregular y oscuro, y por último amenorrea o retraso menstrual ¹⁷⁻¹⁹.

El diagnóstico está basado en tres pilares fundamentales: la exploración clínica, la ecografía transvaginal de alta resolución y la determinación de marcadores plasmáticos placentarios, fundamentalmente la fracción beta de la gonadotropina corónica humana (β -HCG). También se

emplean otros métodos como son la culdocentesis, el legrado uterino y la laparoscopia diagnóstica ^{9, 20,21}.

Hoy en día, gracias a los avances terapéuticos se pueden llevar a cabo técnicas mínimamente invasivas contra el EE. Permiten conservar estructuras anatómicas y con ello la función reproductora ⁵. El tratamiento será aplicado en función de la presentación del ectópico, el estado hemodinámico de la paciente y el deseo de conservar su fertilidad ⁹.

Existen dos variables: Tratamiento quirúrgico, y por otra parte, tratamiento médico. El primero puede ser de tipo radical o de tipo conservador, denominados salpinguectomía y salpingostomía lineal respectivamente. En la actualidad el tratamiento médico más utilizado es el metotrexato intramuscular ^{7,22} (*Anexo 4*).

Estudios han demostrado que alrededor del 50% de las mujeres que han sufrido una pérdida gestacional a causa de un embarazo ectópico presentan depresión. Se trata de una situación atípica y, por ese motivo, es difícil de superar emocionalmente. Más allá de lo físico, es imprescindible tener en cuenta el impacto y las consecuencias psicológicas que tiene en la mujer. La mayoría de ellas experimentan una serie de ideas y sentimientos que deterioran su bienestar e interfieren en su vida diaria ²³.

En muchas ocasiones la asistencia psicológica es ignorada o minimizada. Un embarazo ectópico supone una pérdida gestacional y como todas las pérdidas necesita ser expresada y hablada, para después poder ser aceptada. Por este motivo, a continuación se propone un Programa de Educación para la Salud entendido como el conjunto estructurado e integrado de estrategias cuya finalidad global es la mejora de las condiciones sanitarias de la población. Permitirá abordar los aspectos más vulnerables de la paciente mediante una atención sanitaria de máxima calidad, mejorando el bienestar de estas mujeres.

4. OBJETIVOS DEL TRABAJO

GENERAL:

- Diseñar un Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres con antecedente de embarazo ectópico con el objetivo de disminuir potencialmente sus secuelas psicológicas.

ESPECÍFICOS:

- Mejorar la calidad de vida de las integrantes del programa.
- Potenciar la función docente de enfermería mediante el diseño y desarrollo de Programas de Educación para la Salud.

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el propósito de recopilar información actualizada sobre el objeto de interés, el embarazo ectópico. Las búsquedas se realizaron en el periodo de Febrero a Marzo del año 2018.

La estrategia de búsqueda se basó en el empleo de bases de datos como PubMed, Cuiden Plus, LILACS, Dialnet y Medline (*Ver tabla 1*). Las palabras clave o términos mesh utilizados fueron "embarazo ectópico", "care", "cuidados enfermeros", "nursing", "clínica", "diagnóstico", "tratamiento", "atención primaria"/ "primary care", entre otras. Los operadores booleanos usados han sido AND y OR.

Los criterios de inclusión fueron limitados a artículos de texto completo, por idioma (español o inglés) y por marco temporal, desde 2006 hasta 2017. Por otra parte, se descartaron aquellos artículos encontrados ausentes de relevancia bibliográfica.

Tabla 1. Revisión bibliográfica en bases de datos.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE/ TÉRMINOS MESH	LIMITACIONES DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS	CORRESPONDENCIA BIBLIOGRÁFICA
PUBMED	"Ectopic pregnancy" AND "care"	Full text 10 years	23	3	4,16,21
	("Ectopic pregnancy") AND ("care") OR "nursing") AND ("diagnostic")	Full text 10 years	26	2	18,20
CUIDEN PLUS	"Embarazo ectópico"	Texto completo	15	2	19,15
	"Embarazo ectópico" AND "clínica"	Texto completo	2	0	---
LILACS	"Embarazo ectópico" AND "cuidados enfermeros"	Texto completo	4	1	22
DIALNET	"Embarazo ectópico" AND ("diagnostico" OR "tratamiento")	Texto completo 2010-2019	6	1	6
MEDLINE	"Embarazo ectópico"	Texto completo	21	2	10,13

TOTAL BASES DE DATOS	TOTAL ARTÍCULOS UTILIZADOS
5	11

La revisión ha sido complementada con plataformas de búsqueda como han sido Google Académico, Science Direct y Scielo. También se han consultado páginas web oficiales de interés. El Hospital Universitario Materno-Infantil de Zaragoza (HMI) ha proporcionado material de interés así como información de contenido a partir de libros y guías de cuidados (Ver tabla 2).

Tabla 2. Revisión bibliográfica de otras plataformas.

NOMBRE	ARTÍCULOS UTILIZADOS	CORRESPONDENCIA BIBLIOGRÁFICA
GOOGLE ACADÉMICO	3	3, 5, 8,
SCIENCE DIRECT	1	23
SCIELO	2	1, 12
WEBS DE INTERÉS	2	2,14
CATÁLOGO ALCORZE (BIBLIOTECA UNIZAR)	3	24,25,26
LIBROS	4	7, 9, 11,17

Además, se ha utilizado lenguaje enfermero estandarizado para la identificación de problemas, intervenciones y resultados esperados (NANDA, NIC Y NOC) a través de sus libros correspondientes y la base de datos de enfermería NNNConsult, herramienta online de acceso gratuito de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

Tras la revisión bibliográfica y actualización del tema, se elaboró un Programa de Educación para la Salud que se presenta a continuación.

6. DESARROLLO

Se va a realizar un Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres con antecedente de embarazo ectópico que afrontan el duelo gestacional.

El contenido del programa estará basado en diferentes conocimientos, técnicas y hábitos saludables que permitirán disminuir la intensidad del duelo gestacional.

Se llevará a cabo en centros de Atención Primaria, en concreto en el Centro de Salud Seminario perteneciente al sector II de Zaragoza.

El programa irá dirigido a mujeres con antecedente de EE que afrontan el duelo gestacional, en particular el grupo estará integrado por 10 participantes.

Constará de 3 sesiones de 90 minutos cada una, en horario de 11:30 a 13 horas a lo largo de tres semanas consecutivas.

A continuación se describen cada una de sus etapas: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

6.1. Diagnóstico:

Un embarazo ectópico supone una pérdida gestacional. Como todo duelo, se trata de un proceso natural que necesita ser verbalizado y escuchado, para posteriormente ser aceptado. Requiere de tiempo y espacio.

El reconocimiento de la pérdida, el acompañamiento y el apoyo de los profesionales sanitarios en esta circunstancia son elementos clave para una asistencia psicológica de máxima calidad. Enfermería da respuesta a estas necesidades.

A continuación se realiza una valoración de las necesidades del personal objeto con la nomenclatura enfermera NANDA, NIC Y NOC:

NANDA

(00125) Impotencia r/c depresión m/p perdida gestacional.

Definición: Experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado ²⁴.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<p style="text-align: center;">(1201) Esperanza</p> <p><u>Definición:</u> Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — (120104) Expresión de razones para vivir. <u>Valor Likert:1</u> — (120110) Expresión de sensación de autocontrol. <u>Valor Likert: 2</u> ²⁵. 	<p style="text-align: center;">(5270) Apoyo emocional</p> <p><u>Definición:</u> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Comentar la experiencia emocional con el paciente. — Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo ²⁶.
<p style="text-align: center;">(1310) Resolución de la culpa</p> <p><u>Definición:</u> Acciones personales para ajustar pensamientos intensos y frecuentes, sentimientos y comportamientos debidos a una autoculpabilización real o sentida.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — (131002) Identifica los sentimientos de culpa. <u>Escala Likert:2</u> — (131015) Utiliza estrategias de afrontamiento eficaces. <u>Escala Likert: 1</u> ²⁵. 	<p style="text-align: center;">(5400) Potenciación de la autoestima</p> <p><u>Definición:</u> Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Animar al paciente a evaluar su propia conducta. — Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente ²⁶.

NANDA

(00251) Control emocional inestable r/c duelo ineficaz m/p lloro incontrolado, ansiedad y aislamiento social.

Definición: Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria ²⁴.

Dominio 5: Percepción/ Cognición.

Clase 4: Cognición.

<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<p style="text-align: center;">(1204) Equilibrio emocional</p> <p><u>Definición:</u> Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — (120401) Muestra un afecto adecuado a la situación. <u>Escala Likert: 1.</u> — (120415) Muestra interés por lo que le rodea. <u>Escala Likert: 2</u> ²⁵. 	<p style="text-align: center;">(5330) Control del estado de ánimo</p> <p><u>Definición:</u> Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. — Ayudar al paciente a expresar sentimientos de una forma adecuada ²⁶.
<p style="text-align: center;">(2002) Bienestar personal.</p> <p><u>Definición:</u> Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — (200201) Realización de las actividades de la vida diaria. <u>Escala Likert: 3.</u> — (200207) Capacidad de afrontamiento. <u>Escala Likert: 1</u> ²⁵. 	<p style="text-align: center;">(5230) Mejorar el afrontamiento</p> <p><u>Definición:</u> Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — Proporcionar un ambiente de aceptación. — Fomentar un dominio gradual de la situación ²⁶.

6.2. Planificación:

a) Objetivos:

Objetivo principal:

- Facilitar herramientas que ayuden a superar el duelo gestacional ocasionado por un embarazo ectópico.

Objetivos específicos:

- Afianzar conocimientos sobre la patología, el embarazo ectópico.
- Proporcionar apoyo emocional e información sobre diferentes habilidades y técnicas que potencien el bienestar y la calidad de vida.

b) Población diana:

Está dirigido a mujeres que viven el duelo gestacional a causa de un EE, las cuales han desarrollado secuelas psicológicas que interfieren en su vida diaria. La psicoterapia grupal permite compartir experiencias y puntos de vista diferentes, evita sentimientos de vergüenza y por tanto, mejora los resultados. Para cumplir este requisito el grupo estará formado por diez integrantes.

Estas pacientes se inscribirán por sus propios medios siempre y cuando cumplan los requisitos de inscripción o podrán ser derivadas a través de:

- Enfermeras de enlace del Hospital Materno-Infantil de Zaragoza.
- La enfermera titular de su Centro de Salud correspondiente.

c) Recursos:

El programa será impartido por personal docente cualificado. Estará integrado por dos profesionales de enfermería, una enfermera de Salud

Mental y una Matrona. Además, un fisioterapeuta colaborará en la realización de actividades.

En cuanto al espacio y mobiliario, las sesiones se llevarán a cabo en la sala docente del Centro de Salud Seminario de Zaragoza. Dispone de ordenador y acceso a Internet, proyector audiovisual y pizarra, facilitarán la comprensión de la información aportada. Contará con al menos 15 sillas con brazo de escritura dispuestas de manera accesible y confortable (semicírculo) para favorecer la comunicación entre las participantes. Dicho material será prestado por el Centro de Salud (*Ver tabla 3*).

Tabla 3. Presupuesto estimado del programa de educación para la salud.

RECURSOS HUMANOS		
<u>PERSONAL</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>COSTE</u>
Enfermera de Salud Mental	1x(4,5hx30€/h)	135€
Matrona	1x(4,5hx30€/h)	135€
Fisioterapeuta	1x(1,5hx30€/h)	45€
	TOTAL	315€

RECURSOS MATERIALES		
<u>MATERIAL</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>COSTE</u>
Paquete de Folios	1	4€
Bolígrafos	15	4€
Tríptico	20	8,5€
Fotocopias de apoyo	50	5€
	TOTAL	21,5€

PRESUPUESTO ESTIMADO FINAL		
RECURSOS HUMANOS		315€
RECURSOS MATERIALES		21,5€
	TOTAL	336,5€

d) Estrategias:

El programa se expondrá a un grupo de 10 personas. Como método indirecto de captación, se recurrirá a la colocación de carteles informativos en plantas de maternidad y en centros de Atención Primaria. Por otro lado como método directo de captación, cierto número de mujeres serán derivadas directamente por su enfermera del Centro de Salud o por enfermeras del Hospital Materno-Infantil de Zaragoza para promover la educación terapéutica. Los profesionales deberán garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos. La inscripción deberá realizarse un mes antes del inicio del programa (*Anexo 5*).

Se desarrollaran 3 sesiones de noventa minutos cada una en horario de 11:30 a 13 los días 4, 11 y 18 de Junio en el Aula Docente del Centro de Salud Seminario de Zaragoza, situada en la planta baja del centro.

e) Actividades:

Sesión 1: "¿Qué sabes del embarazo ectópico?"

El programa dará comienzo el 4 de Junio de 2018. Durante los primeros diez minutos el personal sanitario docente se presentará al resto de la clase; uno de ellos expondrá brevemente el itinerario del programa y los objetivos a alcanzar. A continuación entregarán a cada una de las participantes un tríptico en el que se hallan plasmados los diferentes temas y actividades que se ejecutarán a lo largo de las sesiones (*Anexo 6*).

Cada una de las asistentes se presentará al resto del grupo con la finalidad de crear un ambiente más próximo entre ellas.

Seguidamente se proporcionará un cuestionario de evaluación inicial acerca del embarazo ectópico, dispondrán de diez minutos para rellenarlo. Determinará el nivel de conocimiento de las integrantes al inicio del programa (*Anexo 7*).

Antes de iniciar la teoría, para dinamizar y fomentar la participación de las asistentes se desarrollará conjuntamente la técnica de brainstorming.

Durante 15 minutos se realizarán preguntas abiertas y se pondrán en común diferentes conocimientos y puntos de vista sobre la patología.

Con la ayuda de un Power Point se definirán conceptos básicos del embarazo ectópico; epidemiología, etiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y posibles complicaciones. Dicha explicación será impartida por la matrona del Centro de Salud en 35 minutos aproximadamente.

En los últimos diez minutos se aclararán y resolverán dudas que hayan podido surgir sobre los conceptos expuestos en la presentación.

Sesión 2: "Estamos juntas".

La segunda sesión se realizará el 11 de Junio de 2018. En los primeros diez minutos se resolverán dudas y preguntas que hayan podido surgir durante los días posteriores a la primera reunión.

Esta sesión se basará en la asistencia psicológica, centrándose principalmente en consejos psicológicos y apoyo emocional, para ello cada una de las participantes contará su experiencia. Será impartida por el profesional de Salud Mental.

Gracias a la presentación de un Power Point se explicarán los efectos secundarios psicológicos más frecuentes que surgen como consecuencia de un embarazo ectópico. Enfatizaremos que cada mujer es diferente y no todas experimentan las mismas emociones. La duración de este apartado será de 25 minutos.

A continuación se tratarán diferentes temas mediante diálogo para dinamizar la sesión. Se hablará durante 20 minutos de estrategias de afrontamiento emocionales para superar el miedo, la ansiedad, la tristeza y la culpabilidad, de la importancia de la búsqueda de apoyo emocional en el entorno familiar y social, así como de la necesidad de diversión y socialización.

Por último, se dejarán 10 minutos para la resolución de dudas.

Sesión 3: "Muévete y relájate".

La última sesión tendrá lugar el 18 de Junio de 2018. En primer lugar y como en otras sesiones, se dejarán diez minutos para resolver dudas sobre lo visto anteriormente. Esta sesión contará con la colaboración de un fisioterapeuta.

El profesional en fisioterapia buscará la rehabilitación tanto física como psíquica. En los siguientes 45 minutos, explicará y desarrollará diferentes técnicas de relajación usadas para el control del estrés o la ansiedad, como son la técnica de relajación progresiva de Jacobson y la técnica de Schultz (*Anexo 8*).

Potenciaremos el ambiente de relajación a través del uso de música para obtener resultados psicoterapéuticos óptimos.

El fisioterapeuta recomendará la realización de ejercicio físico al menos media hora al día. Esto ayudará a potenciar el bienestar de las asistentes aumentando de este modo la confianza en sí mismas.

Posteriormente se rellenará en unos diez minutos aproximadamente el mismo cuestionario efectuado al comienzo del programa sobre el nivel de conocimientos. De este modo se podrá valorar la percepción del programa de salud y su utilidad (*Anexo 7*).

Para finalizar el programa, se rellenará un cuestionario de satisfacción. Se preguntará a las asistentes como se han sentido durante la realización del mismo y se valorarán las impresiones obtenidas (*Anexo 9*).

f) Diagrama de Gantt:

	MES	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES													
Captación													
Preparación de recursos													
Inscripción													
Reunión de los profesionales													
Planificación y establecimiento de estrategias													
Sesión 1													
Sesión 2													
Sesión 3													
Evaluación final													

6.3 Ejecución:

El programa se llevará a cabo en un periodo total de tres meses que corresponden al trimestre de Abril a Junio. Durante este intervalo de tiempo se realizarán las diferentes actividades descritas anteriormente con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos.

6.4 Evaluación:

A lo largo de todo el programa se llevará a cabo una evaluación constante y dinámica. Se recurrirá a encuestas para valorar los conocimientos de las asistentes tanto al inicio como al final del programa. Gracias a este análisis se observarán los resultados obtenidos y la eficacia del mismo, pudiendo ser así reajustado y mejorado.

Se realizará un seguimiento continuo de cada una de las participantes mediante observación directa. Los profesionales encargados de la coordinación del programa elaborarán una memoria en la que se identificarán los cambios que se hayan producido en las asistentes. Se evaluarán los indicadores NOC de cada diagnóstico establecido al inicio del programa con la finalidad de comprobar en qué grado han mejorado las participantes en función de la escala Likert.

Por último, se entregará una encuesta en la que se valorará el nivel de satisfacción respecto al programa.

7. CONCLUSIONES

La asistencia psicológica en mujeres que han sufrido un embarazo ectópico es imprescindible, se trata de una situación atípica la cual en muchas ocasiones es ignorada. Por este motivo es difícil de superar emocionalmente. Requiere de atención sanitaria de máxima calidad por parte del equipo de enfermería para así, poder mejorar la evaluación y continuidad de cuidados.

La implantación de un Programa de Educación para la Salud ayudará a proporcionar información acerca de la enfermedad. Proporcionará y reforzará conocimientos que promuevan el autocuidado, potenciará la autonomía de las pacientes y, por lo tanto, aumentará la calidad de vida y el bienestar de todas ellas.

Así mismo permite reafirmar la profesión de enfermería destacando su función docente y delimitando sus competencias.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Galán-Castellanos F. Enfermería: fecundación y embarazo [Internet]. Bogotá: SENA; 2012. [citado 17 Feb 2018]. Disponible en: <http://repositorio.sena.edu.co/handle/11404/782>
2. Foro Bebe: Evolución de cigoto a embrión, feto y neonato. [Internet]. Madrid: ForoBebé; 2016 [citado 23 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.forobebe.com/evolucion-cigoto-embriion-feto-neonato/>
3. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Obstetricia: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [citado 17 Feb 2018]; 36(1): 36-43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin06110.pdf>
4. Ashfaq S, Sultán S, Aziz S, Irfan M, Hasan M, Siddique A. Ectopic Pregnancy With Tubal Rupture: An Analysis Of 80 Cases. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]. 2017 [citado 25 Feb 2018]; 29(2): 254-257. Disponible en: <http://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/345/963>
5. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Ginecología y salud reproductiva: manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 [citado 25 Feb 2018]; 37(4):513-523. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin08411.pdf>
6. Tudela Cuenca J, Aznar Lucea J y Casanova Mayordomo G. El embarazo ectópico: un dilema clínico y ético. Therapeia [Internet]. 2015 [citado 22 Feb 2018]; 7 (1): 85-100. Disponible en: [file:///C:/Users/anagr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-ElEmbarazoEctopico-5297296%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anagr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-ElEmbarazoEctopico-5297296%20(2).pdf)

7. Tejerizo A, Arbués Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Embarazo ectópico, concepto y clasificación, estudio de sus diversas formas. En: Criado F, Ferrer FJ, Iglesias J, Martín Jiménez A, Troyano Luque J, Xercavins J, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007. p. 443-456.
8. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 [citado 28 Feb 2018]; 30(1): 84-99. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo: Embarazo ectópico. Madrid: SEGO; 2006.
10. American College of Obstreticians and Gynecologist. Patient education: El embarazo ectópico [Internet]. Washington: The American College of Obstreticians and Gynecologist; 2017 [citado 26 Feb 2018]. Disponible en:
<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-embarazo-ectopico>
11. Lozano JL, Ruíz Balda JA, Montoya Ventoso F, Miralles Pí R. Embarazo ectópico. País Vasco: SEGO; 2014.
12. Addi M, Cuadri Artacho JS, Navarro Repiso JA. Embarazo ectópico. [Internet]. Ceuta: Medynet; 2011 [citado 24 Feb 2018]. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
13. Escobar Padilla B, Pérez López C, Martínez Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2018]; 55(3): 278-285. Disponible en:

<https://search.proquest.com.roble.unizar.es:9443/docview/1892333484?accountid=14795>

14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Prevención del aborto peligroso: 2017 [citado 22 Feb 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
15. Moltó Boluda AM, Casaucao Savedra E, Núñez García A, Herrera M, Salas Sosa C. Protocolo de actuación de enfermería en embarazo ectópico. Hygie [Internet]. 2006 [citado 23 Feb 2018]; 64 (1):22-25. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3498794>
16. Hamid A, Yousry A, Shabaan OM, Mazen E, Nabil H. Clinical audit of ectopic pregnancy. Electron Physician [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2018]; 9(3):4009-4013. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407236/>
17. Zapardiel Gutiérrez I, Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Embarazo ectópico. En: Aguarón de la Cruz A, Caballero Campo M, Duch Grau S, et al, editores. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Madrid: SEGO; 2008. p. 14-15.
18. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care [Internet]. 2011 [citado 25 Feb 2018]; 37(4): 231-40. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213855/>
19. Domínguez Peralta AM, Navarro Bernal FJ, Barroso Casamitjana A. Manejo y cuidados del embarazo ectópico en urgencias. Ciber Revista Esp [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2018]; 39(1). Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2014/pagina3.html>

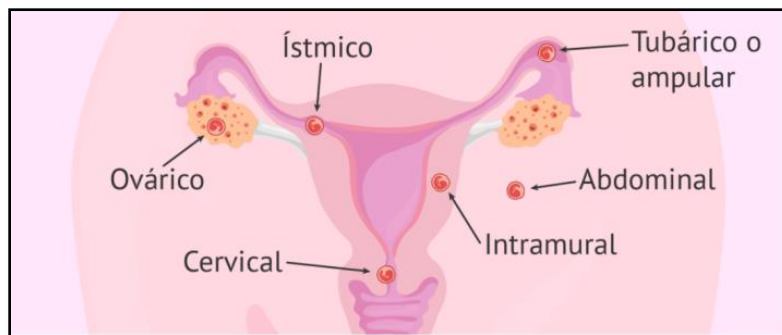
20. Stone MB. Emergency ultrasound diagnosis of ruptured ectopic pregnancy. Acad Emerg Med [Internet]. 2009 [citado 2 Mar 2018]; 16(12):1378. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1553-2712.2009.00538.x>
21. Surampudi K, Gundabattula SR. The Role of Serum Beta hCG in Early Diagnosis and Management Strategy of Ectopic Pregnancy. J Clin Diagn Res [Internet]. 2016 [citado 2 Mar 2018]; 10(7): 8-10. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020274/>
22. Bueno F, Sáez J, Ocaranza M, Conejeros C, Vaccarezza I, Borquez P, Soto E. Tratamiento médico del embarazo ectópico. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2012 [citado 28 Feb 2018]; 67(3): 173-179. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v67n3/art01.pdf>
23. Sánchez Pichardo MA. Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2007 [citado 5 Mar 2018]; 21(3): 147-150. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip073e.pdf>
24. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2015-2017. 11ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
25. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
26. Bulechek GL, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

9. ANEXOS

ANEXO 1. Localización de embarazo ectópico.

El EE es una gestación extrauterina y, por lo tanto, da lugar a un embarazo no viable. Debe ser controlado para reducir y evitar las posibles complicaciones que pueden afectar a la salud de la gestante.

Aproximadamente el 98% de los casos la implantación tiene lugar en las Trompas de Falopio, de ellos, el 60% son ampulares, el 30% ístmicos, el 5% fímbrico, el 3% intersticiales. El 2% restante corresponde a otras localizaciones como son; el ovario (0,15%), el cérvix o cuello uterino (0,15%) y el abdomen, en epiplón u otras vísceras (1,4%).



BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Obstetricia: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 [citado 17 Feb 2018]; 36(1): 36-43. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin06110.pdf>

ANEXO 2. Factores de Riesgo del embarazo ectópico.

1. **Enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P):** causa más frecuente del EE por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ATS). Deteriora la actividad ciliar y la motilidad tubárica afectando el transporte ovular. También genera adherencias en la mucosa, lo que dará lugar a compresiones tubáricas y por lo tanto producirá la rotura de las Trompas de Falopio.
2. **Cirugía tubárica previa:** Tanto técnicas contra la esterilidad permanente como la cirugía conservadora pueden producir estrechamiento, acodamiento y fibrosis de los segmentos tubáricos, fundamentales para la migración del óvulo.
3. **Endometriosis tubárica:** favorece la nidación precoz del óvulo fecundado.
4. **Técnicas de reproducción asistida:** producidos por elevados niveles de estrógenos (causa hormonal) o por aumento de la contractilidad uterina por irritación en el momento de la transferencia embrionaria (causa mecánica).
5. **Anticoncepción:** Las portadoras de dispositivo intrauterino (DIU) presentan un riesgo tres veces mayor que las mujeres que toman anticonceptivos orales (AO).

Otros factores de riesgo importantes son la edad (mayores de 40 años), tabaquismo y la exposición a dietilestilbestrol (estrógeno sintético utilizado para disminuir el riesgo de aborto y para tratar problemas de próstata).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tejerizo A, Arbués Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Embarazo ectópico, concepto y clasificación, estudio de sus diversas formas. En: Criado F, Ferrer FJ, Iglesias J, Martín Jiménez A, Troyano Luque J, Xercavins J, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007. p. 443-456.

ANEXO 3. Tabla de factores de riesgo en función de su exposición.

	FACTOR DE RIESGO	ODDS RATIO
ALTO RIESGO	Cirugía tubárica	21,0
	Esterilización	9,3
	EE previo	8,3
	Exposición a dietilestilbestrol	5,6
	Uso de DIU	4,2-45,0
	Patología tubárica documentada	3,8-21,0
RIESGO MODERADO	Infertilidad	2,5-21,0
	Infecciones genitales previas	2,5-3,7
	Múltiples compañeros sexuales	2,1
RIESGO LEVE	Cirugía pélvica/abdominal previa	0,9-3,8
	Tabaquismo	2,3-2,5
	Duchas vaginales	1,1-3,1
	Relaciones sexuales tempranas (<18 años)	1,6

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lozano JL, Ruíz Balda JA, Montoya Ventoso F, Miralles Pí R. Embarazo ectópico. País Vasco: SEGO; 2014.

ANEXO 4. Tratamiento con Metrotexato.

En la actualidad el tratamiento médico más utilizado es el metotrexato intramuscular (IM). Es un citotóxico que interfiere en la síntesis del ADN y en la multiplicación celular, por lo tanto, detiene el desarrollo del EE. Permite que el cuerpo absorba el EE con el paso del tiempo.

Esta indicado en el EE no accidentado, es decir en el que no se haya producido rotura tubárica. Debido a los efectos secundarios de este medicamento (dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos, diarreas, estomatitis, afectación hepática o renal) existen diferentes criterios de inclusión para su administración, entre otros:

- La presencia de EE no complicado.
- Estado hemodinámico de la paciente estable.
- Cifras de β -HCG menores de 5.000-10.000 mUI/ml.
- Diámetro máximo del huevo no superior a 4cm.

Puede ser administrado localmente o de forma sistémica por vía IM, a dosis única o múltiples. Una vez administrado requiere de un seguimiento estrecho hasta la ausencia de niveles de β HCG en sangre.

Estudios demuestran que se trata de un método terapéutico tan efectivo como el tratamiento quirúrgico, pero menos eficiente en el caso de que su instauración no sea temprana.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tejerizo A, Arbués Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Embarazo ectópico, concepto y clasificación, estudio de sus diversas formas. En: Criado F, Ferrer FJ, Iglesias J, Martín Jiménez A, Troyano Luque J, Xercavins J, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007. p. 443-456.
2. Bueno F, Sáez J, Ocaranza M, Conejeros C, Vaccarezza I, Borquez P, Soto E. Tratamiento médico del embarazo ectópico. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2012[citado 28 Feb 2018]; 67(3): 173-179. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v67n3/art01.pdf>

ANEXO 5. Cartel informativo.

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS DE UN EMBARAZO ECTÓPICO?



DESTINATARIOS

Mujeres con
antecedente de
embarazo ectópico

SESIONES

4 de Junio/ 11 de Junio/
18 de Junio

HORARIO

11:30H-13H

LUGAR

C.S Seminario
(Zaragoza)

Calle Condes de
Aragón 30, 50009

INSCRIPCION

1-15 de Mayo

embarazoectopicoseminario@hotmail.com



**10 plazas
únicamente,
DATE
PRISA!!**

BIBLIOGRAFÍA: Fuente propia.

Anexo 6. Tríptico.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de embarazos el óvulo fecundado es transportado a través de las Trompas de Falopio e implantado en la cavidad uterina. En ocasiones aparecen factores que impiden o dificultan la migración normal del cigoto, implantándose y desarrollándose así fuera del útero, dando lugar así un embarazo ectópico.



- Aproximadamente 1 de cada 50 embarazos son ectópicos.
- Puede afectar a toda mujer sexualmente activa.

DESTINATARIOS

Mujeres con antecedente de **embarazo ectópico**

LUGAR

C.S Seminario (Zaragoza)
Calle Condes de Aragón
30, 50009

¡TE ESPERAMOS!

¡NO ESTÁS SOLA!



Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

¿CÓMO AFRONTAR EL DUELO GESTACIONAL TRAS UN EMBARAZO ECTÓPICO?



SESIÓN 1: (4/06/18)

“¿Qué sabes del embarazo ectópico?”

- Presentación del programa y de cada una de las participantes.
- Valoración de los conocimientos iniciales mediante cuestionario de evaluación.
- Introducción al embarazo ectópico.



SESIÓN 2: (11/06/18)

“Estamos juntas”



- Efectos secundarios psicológicos más frecuentes tras una pérdida gestacional.
- Expresión de sentimientos y emociones.
- Proporcionar apoyo emocional.

SESIÓN 3: (18/06/18)

“Muévete y relájate”

- Técnicas de relajación.
- Musicoterapia.
- Repetición del cuestionario inicial.
- Encuesta de satisfacción.



BIBLIOGRAFÍA: Fuente propia.

Anexo 7. Cuestionario de evaluación inicial y final.

CUESTIONARIO SOBRE EL EMBARAZO ECTÓPICO

Edad: Ocupación: Fecha:

Este cuestionario es totalmente voluntario. Por favor, responda las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál de las siguientes estructuras no forma parte del aparato reproductor femenino?
 - a) Vejiga
 - b) Vagina
 - c) Útero
 - d) Trompas de Falopio

2. ¿Qué es un embarazo ectópico?
 - a) Situación típica ocasionada por la implantación del cigoto fuera de la cavidad uterina.
 - b) Implantación y desarrollo del cigoto en el endometrio.
 - c) Cuando las Trompas de Falopio están obstruidas o estrechadas, el ovulo fecundado es incapaz de abordar el útero por lo que comienza su desarrollo fuera de este.
 - d) Situación atípica en la que el ovulo fecundado comienza su desarrollo en la cavidad uterina.

3. ¿Dónde no se puede localizar un embarazo ectópico?
 - a) Trompas de Falopio
 - b) Cuello uterino
 - c) Ovario
 - d) Vejiga

4. ¿Quién tiene riesgo de padecer un embarazo ectópico?
 - a) Ninguna mujer
 - b) Todas las mujeres independientemente de su edad
 - c) Todas las mujeres sexualmente activas
 - d) Sólo adolescentes

5. Indica un factor de riesgo del embarazo ectópico.
- a) Embarazo ectópico anterior
 - b) Cirugía tubárica anterior
 - c) Enfermedad inflamatoria pélvica
 - d) Todas son correctas
6. ¿Cuáles son los tres síntomas de la triada clásica? Indica la incorrecta.
- a) Dolor abdominal
 - b) Náuseas y vómitos
 - c) Amenorrea
 - d) Sangrado vaginal
7. ¿Un embarazo ectópico puede comprometer la vida de la afectada?
- a) Siempre
 - b) Nunca
 - c) Cuando se produce un cuadro de shock hipovolémico
 - d) Ninguna es correcta
8. ¿De qué depende el tratamiento?
- a) Estado hemodinámico de la paciente
 - b) Deseo de conservar la fertilidad
 - c) Tipo de embarazo ectópico
 - d) Todas son correctas
9. ¿Cuál es el tratamiento médico más utilizado?
- a) Metotrexate
 - b) Laparotomía
 - c) Laparoscopia
 - d) Ninguna es correcta

BIBLIOGRAFÍA: Fuente propia.

Anexo 8. Técnicas de relajación en psicoterapia.

Relajación progresiva de Jacobson:

Se basa en la relación entre tensión muscular y los estados psicológicos. Consiste en trabajar sistemáticamente los principales grupos musculares, creando y liberando tensiones. Reduciendo al máximo el tono muscular, se consigue desactivar el sistema nervioso, lo que conlleva una posterior sensación de calma y tranquilidad.

Es una técnica que requiere de práctica, cuanto más se entrena, mayor dominio se consigue sobre la misma y más beneficioso es su efecto.

Cada una de las participantes deberá optar una posición de relajación, preferiblemente tumbadas boca arriba con los brazos extendidos a cada lado del cuerpo. Comenzarán con los ojos abiertos, al cabo de unos 3 o 4 minutos cerrarán los ojos para calmar sus nervios. Se trata de contraer y relajar grandes conjuntos de músculos, las contracciones no deben durar más de 7 segundos. Deberán concentrarse en: percibir y distinguir la presencia de tensiones en los diferentes músculos del cuerpo, reducir al máximo la tensión presente en los músculos y relajar diferencialmente las distintas partes de cuerpo.

Método de relajación de Schultz:

También denominado entrenamiento autógeno de naturaleza autoinducida. Se trata de una técnica complementaria muy efectiva en la formación del comportamiento, fomenta el trabajo de la mente así como ejercita el pensamiento, cuya finalidad es aliviar tensiones logrando un estado de meditación y relajación.

La concentración sobre sensaciones de peso y calor en las extremidades induce a los pacientes a un estado de relajación profunda, permite que se reduzca el campo de atención, produciendo así beneficios terapéuticos acumulativos al liberar tensiones emocionales. También se

realizan ejercicios de concentración sobre la función cardiaca, la respiración, los órganos abdominales y la cabeza.

Ser requiere de un ambiente tranquilo, una posición de reducida tensión muscular para el mantenimiento de una concentración pasiva, ausencia de estimulación óptica y un estado anímico estable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Payne RA. Relaxation Techniques. A practical handbook for the health care profesional [Internet]. 4º ed. España: Paidotribo; 2005. [citado 15 Abr 2018]. Disponible en:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=N2XMMtYpMvUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=relajaci%C3%B3n+progresiva+jakobson+definicion&ots=iRagIvPlo4&sig=mroS2BrAfw2a-ejVubwHeXfGc6U#v=onepage&q=relajaci%C3%B3n%20progresiva%20jakobson%20definicion&f=false>
2. González de Rivera JL. Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe. Psiquis [Internet]. 1982 [citado 15 Abr 2018]; 3(1): 16-21. Disponible en:
http://gonzalezderivera.com/art/pdf/82_A028_01.pdf

Anexo 9. Cuestionario de satisfacción.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Edad: Ocupación: Fecha:

Para mejorar los diferentes aspectos del programa se solicita de forma voluntaria su colaboración respondiendo a las siguientes preguntas.

Lea atentamente las siguientes preguntas y conteste la respuesta marcando la casilla que usted elija con una cruz (X). Las respuestas se valoran de 1 a 5, siendo la primera la mínima puntuación y la segunda la máxima.

¿La información proporcionada le ha sido útil?	1	2	3	4	5
¿El programa ha cumplido sus expectativas?	1	2	3	4	5
¿Lo considera útil para aumentar y fortalecer la confianza en sí misma?	1	2	3	4	5
¿Los profesionales que han impartido las sesiones muestran un manejo adecuado de los contenidos desarrollados?	1	2	3	4	5
¿Los materiales utilizados han sido adecuados?	1	2	3	4	5
¿La duración de las sesiones ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
¿Le ha parecido que las sesiones han estado bien estructuradas y han sido dinámicas?	1	2	3	4	5
¿Cómo calificarías las instalaciones?	1	2	3	4	5
Grado de implicación de las participantes	1	2	3	4	5
En general, ¿está satisfecha con el programa?	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA: Fuente propia.